

退 会 届

特定非営利活動法人
大阪医療ソーシャルワーカー協会 代表理事殿

私 _____ は、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日をもって
大阪医療ソーシャルワーカー協会を退会致します。

※退職の場合は退職日を記入（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

ID _____ 会員区分 _____

氏名 _____ 印 _____

退会届受理通知について

退会届受取後、「退会届受理通知」ハガキをお送りします。「退会届受理通知」ハガキの受取をもって退会手続き完了といたしますので、必ず郵送先をご記入ください。1週間以内に「退会届受理通知」ハガキが届かない場合は、なんらかの原因で退会届を受取っていない可能性がありますので、必ず、ご連絡いただきますようお願いいたします。

退会届受理通知 郵送先	〒 _____				
お届け内容について確認を要する場合のために、 右欄に月曜～金曜 10時～16時内で連絡が取 れる電話番号を記入お願いします。			電話 _____		
受講証明書 退会后、個人情報、研修参加履歴を削除いたしますので 受講証明書が必要な方は、右欄に○印をご記入の上、お申込ください。				受講証明書申込	
*退会にあたり、協会活動等について、ご意見などありましたらご記入ください。					

-----事務局使用欄-----

会員登録票	P C				受講 証明書	ML	口座	退会届 受理通知
	異動	管理						

上記の個人情報は会務の適切な遂行のために利用いたします。